

CAS CLINIQUE

Carcinome épidermoïde primitif du duodénum : à propos d'un cas et revue de la littérature

Primary squamous cell carcinoma of the duodenum: was a case report and literature review

Keltouma Charaf, Zouhour Samlani, Azeddine Diffaa, Sofia Oubaha, Khadija Krati

CHU Mohammed VI, Service de Gastroentérologie, Avenue Ibn Sina Ammerchich, Marrakech (Maroc)
kalati65000@hotmail.com

■ Résumé

La localisation duodénale d'un carcinome épidermoïde primitif est exceptionnelle. Seuls quelques rares cas ont été rapportés dans la littérature, notamment des localisations métastatiques. Nous rapportons une observation d'un carcinome épidermoïde primitif du duodénum chez une patiente de 60 ans révélé par des épigastalgies atypiques et un méléna. Le diagnostic a été confirmé par une endoscopie œsogastroduodénale qui a montré un processus

tumoral bourgeonnant et infiltrant circonférentiel à la partie distale du deuxième duodénum. Les biopsies ont conclu à un carcinome épidermoïde. Un bilan clinique et paraclinique à la recherche d'une localisation primitive était négatif. Le bilan d'extension réalisé a montré la présence de multiples adénopathies latéro et sous-pancréatiques céphaliques et lomboaortiques. La prise en charge proposée était une chimiothérapie palliative étant donné le stade avancé.

Mots-clés

Duodénum ; Carcinome épidermoïde

■ Abstract

The location of a primary squamous cell carcinoma of duodenum is very rare. Only a few cases have been reported in the literature, including metastases. Here we report a case of pure squamous cell carcinoma of the duodenum in a patient of 60 years admitted because of atypical epigastric pain, and melena. An endoscopic

examination revealed a budding, infiltrating and circumferential tumor in the distal part of the second duodenum. The biopsy showed a squamous cell carcinoma. No other primary tumor was found. A palliative chemotherapy was proposed given the advanced stage.

Keywords

Duodenum; Squamous cell carcinoma

■ Introduction

La localisation d'un carcinome épidermoïde au niveau du duodénum est exceptionnelle. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons un cas de tumeur épidermoïde original par sa localisation duodénale et son caractère primitif.

■ Observation

M^{me} A.K, 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisée pour des épigastalgies atypiques à type de brûlure, fixes non irradiantes, évoluant depuis 4 mois et compliquées il y a 2 mois par l'apparition d'un seul épisode de mélaena

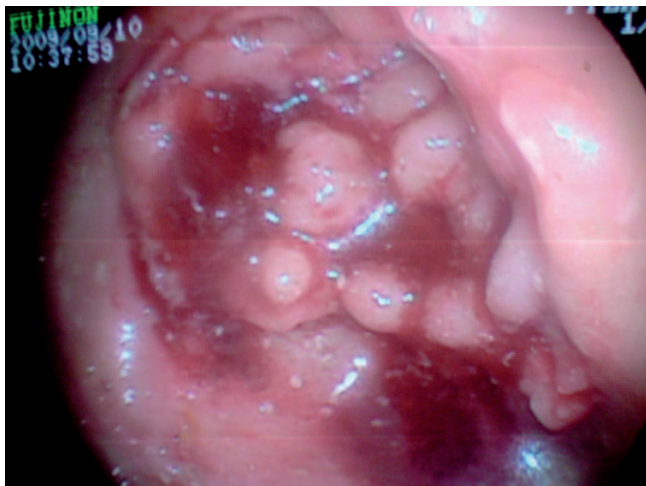


Figure 1
Aspect bourgeonnant et infiltrant de la tumeur

sans autres signes digestifs ou extradigestifs associés. Elle rapporte un amaigrissement non chiffré et une anorexie.

L'examen abdominal a objectivé une masse épigastrique dure, mal limitée, douloureuse à la palpation et fixe par rapport aux plans profonds. L'examen de la marge anale et le toucher rectal étaient normaux. L'examen gynécologique et l'examen cutanéomuqueux étaient sans particularité. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen clinique était normal.

La gastroscopie a montré la présence, à la partie distale du deuxième duodénum, d'un processus tumoral bourgeonnant et infiltrant circonférentiel (Fig. 1). La tumeur n'était pas sténosante, et la progression à travers la lumière résiduelle n'a pas montré d'anomalies.

Les biopsies ont conclu à un carcinome épidermoïde peu différencié.

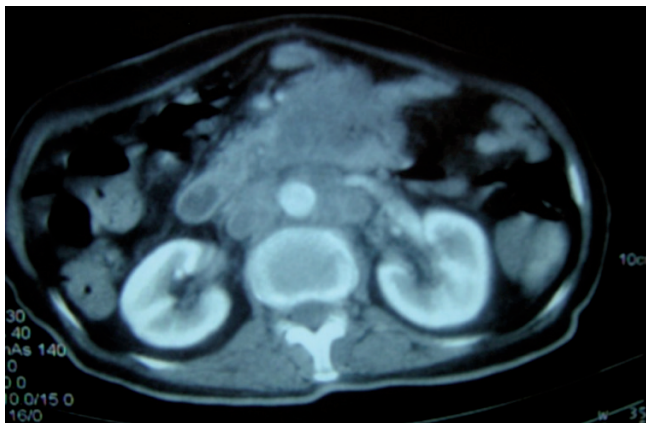


Figure 2
Aspect scannographique de la tumeur duodénale

Une tomодensitométrie abdominale a montré la présence, en intrapéritonéal et en sous-mésocolique, d'une masse de 7 cm x 6 cm de diamètre, de contours irréguliers, rehaussée en périphérie, infiltrant le deuxième duodénum, associée à de multiples adénopathies latéro et sous-pancréatiques céphaliques, lomboaortiques (Fig. 2).

Afin d'éliminer la possibilité d'une localisation secondaire dans le duodénum, un bilan à la recherche d'un primitif épidermoïde a été fait.

Aucune lésion cutanée ou muqueuse suspecte n'a été retrouvée à l'examen clinique. La radio du thorax et la tomодensitométrie ont été strictement normales. L'échographie endovaginale était sans particularité. Enfin, l'examen ORL avec rhinoscopie et la bronchoscopie étaient normaux.

La prise en charge proposée était une chimiothérapie palliative vu le stade avancé mais la patiente a été perdue de vue rapidement.

■ Discussion

Le cancer duodénal constitue une entité rare [1,2]. Il représente uniquement 0,5 % des tumeurs malignes du tube digestif. Sur une étude de plus de 400 patients présentant une lésion périampullaire, l'incidence du cancer duodénal était de 4 % à 6 % [3]. L'adénocarcinome constitue le type histologique le plus fréquent [4,1].

Le carcinome épidermoïde primitif d'origine duodénale est exceptionnel [5,6,1,2]. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature [7]. Les localisations métastatiques semblent être plus fréquentes ; elles s'observent essentiellement au cours des mélanomes, de cancer du sein et plus rarement de cancer pulmonaire. Elles sont exceptionnellement révélatrices de la tumeur primitive [6,8,9].

La symptomatologie révélatrice est variable, insidieuse telle que des douleurs abdominales d'acuité variable mais souvent à type d'hémorragie digestive extériorisée. La tumeur peut également se manifester par une occlusion ou une perforation [6,10].

L'exploration endoscopique a un rôle primordial dans le diagnostic : la gastroscopie voire l'entéroscopie à double ballonnet, en cas de localisation duodénale distale, permettent de poser le diagnostic et de faire des biopsies. La vidéocapsule endoscopique permet d'explorer la totalité du grêle dans le cas d'un saignement, et de guider un geste endoscopique ou chirurgical [11].

L'aspect endoscopique est extrêmement variable pouvant aller d'une masse ulcérée à des ulcérations à bord nécrotiques ou multiples de nodules. Il peut également prendre un aspect plutôt bénin [6]. La localisation est généralement périampillaire ou sus-papillaire [12].

Sur le plan histologique, il semble qu'il s'agisse, le plus souvent, de carcinome adénoquameux associant un contingent malpighien et une composante adénocarcinomeuse, tandis que, le carcinome épidermoïde pur est plus rare [12]. Aucune spécificité ou appartenance ethnique particulière ne semble exister pour

expliquer l'origine ou le mécanisme de survenue de cette localisation atypique [12,6].

Le pronostic n'est pas clairement établi du fait, probablement, du faible nombre de cas décrits [1]. Sur une étude de la *Mayo Clinic* étalée sur 40 ans à propos du carcinome primitif du duodénum, Joesting *et al.* avaient rapporté une survie globale à 5 ans dans 23 % pouvant aller jusqu'à 50 % chez les patients ayant des lésions résécables [12,13]. Le pronostic dépend évidemment de plusieurs facteurs, notamment la taille tumorale, le stade histologique, l'envahissement pancréatique ou ganglionnaire, la positivité de la marge de résection, l'extension transmurale [3].

Il existe peu de données précises sur le traitement de ce type de tumeur du fait de sa rareté, mais la résection segmentaire serait le traitement du choix en cas de tumeur épidermoïde primitive potentiellement résécable [12].

■ Conclusion

La localisation d'une tumeur épidermoïde primitive duodénale est exceptionnelle. Son origine n'est pas clairement établie. La recherche d'une tumeur primitive d'autre localisation est nécessaire. Une résection segmentaire doit être discutée en cas de tumeur localisée quand elle est potentiellement réalisable.

Aucun lien d'intérêt déclaré

■ Références

1. Terada T. Primary pure squamous cell carcinoma of the duodenum: report of three cases. *Endoscopy* 2009;41:E329-E30.
2. von Delius S, Lersch C, Neu B, et al. Squamous-cell carcinoma of the duodenum as a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2006;38:956.
3. Hurtuk MG, Devata S, Brown KM, et al. Should all patients with duodenal adenocarcinoma be considered for aggressive surgical resection? *Am J Surg* 2007;193:319-25.
4. Gorunova L, Johansson B, Dawiskiba S, et al. Cytogenetically detected clonal heterogeneity in a duodenal adenocarcinoma. *Cancer Genet Cytogenet* 1995;82:146-50.
5. Wilson JM, Melvin DB, Gray GF, et al. Primary malignancies of the small bowel. *Ann Surg* 1974;180:175-9.
6. Metges JP, Labat JP, Giroux MA, et al. Métastases gastro duodénales : un mode de révélation exceptionnel du cancer du poumon. Étude de deux cas et revue de littérature. *Rev Med Interne* 2001;22:465-8.
7. Michalet V, Gaudin JL, Bancel B, et al. Carcinome épidermoïde primitif coeliaque. À propos d'un cas et revue de la littérature. *Gastro Enterol Clin Biol* 2002;26:1168-71.
8. Cremon C, Barbara G, de Giorgio R, et al. Upper gastrointestinal bleeding due to duodenal metastases from primary lung carcinoma. *Digest Liver Dis* 2002;34:141-3.
9. Stenbygaard LE, Sorensen JB. Small bowel metastases in non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 1999;26:95-101.
10. Chen JL, Mok KT, Tseng HH, et al. Duodenal angiosarcoma: an unusual cause of severe gastrointestinal bleeding. *J Chin Med Assoc* 2007;70:352-5.
11. Chen HC, Tsai KB, Wang CS, et al. Duodenal metastasis of malignant pleural mesothelioma. *J Formos Med Assoc* 2008;107:961-4.
12. Friedmen E, Kwan MR, Cummins L. Squamous cell of the transverse duodenum. *Gastrointest Endosc* 1986;32:99-101.
13. Joesting DR, Beart RW Jr, van Heerden JA, et al. Improving survival in adenocarcinoma of the duodenum. *Am J Surg* 1981;141:228-31.